

FACULTÉ DE MÉDECINE DE CRÉTEIL

Année 1971

THÈSE

POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)
PAR

Jean-Marie TARGOWLA

Né le 2 décembre 1940 à PARIS-12^e

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le

De la notion de psychose aiguë-chronique

Président : Monsieur le Professeur BOURGUIGNON

FACULTÉ DE MÉDECINE DE CRÉTIL

Année 1971

THÈSE

POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)
PAR

Jean-Marie TARGOWIA

Né le 1 décembre 1940 à Paris-17

Après externat des hôpitaux de Paris

Service de Neurologie Psychomotrice de la Salpêtrière

Présentée et soutenue publiquement le

De la notion de psychose aiguë-chronique

Président : Monsieur le Professeur ZOUSSIGNON

FACULTÉ DE MÉDECINE DE CRÉTEIL

Année 1971

THÈSE

POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)
PAR

Jean-Marie TARGOWLA

Né le 2 décembre 1940 à PARIS-12°

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le

De la notion de psychose aiguë-chronique

Président : Monsieur le Professeur BOURGUIGNON

FACULTÉ DE MÉDECINE DE CRÉTEIL

Année 1971

THÈSE

POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)
PAR

Jean-Marie TARGOWLA

né le 3 décembre 1940 à Paris-13

Après avoir été titulaire de l'Internat de Psychiatrie de la Vallée

Présentée et soutenue publiquement le

De la notion de psychose aiguë-chronique

Je dédie ce travail :

- A LA MEMOIRE DE MON DEFUNT PERE
- A MA MERE
- EN RECONNAISSANCE FILIALE DE LEUR ABNEGATION ET
EN RECOMPENSE DES NOMBREUX SACRIFICES ACCOM-
PLIS POUR MOI .
- A MES SOEURS
- A MES FRERES
- A MES BELLES-SOEURS
- A MON BEAU -FRERE
- A MA FAMILLE
- A TOUS MES AMIS

1944

10

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944



A MES MAITRES EN PSYCHIATRIE

- A MONSIEUR LE DOCTEUR SEVESTRE
- A MONSIEUR LE PROFESSEUR SOULEIRAC
- A MONSIEUR LE DOCTEUR LAFON
- A MONSIEUR LE DOCTEUR G. BENOIT

EN RECONNAISSANCE DE LEUR ENSEIGNEMENT

- A MONSIEUR LE DOCTEUR L. BONNAFE

EN RECONNAISSANCE DE LA FAVEUR QU'IL M'A
FAITE D'UN SEJOUR DE 18 MOIS DANS SON
SERVICE ET OU J'AI EU L'EXPERIENCE DE CE
CONCEPT DE :

PSYCHOSE - AIGUE - CHRONIQUE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

- A MONSIEUR LE DOCTEUR MAZARS
(Neurochirurgien des Hôpitaux de Paris)
- A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoulLET
(Médecin des Hôpitaux de Paris)
- A MONSIEUR LE DOCTEUR EVEN
(Médecin des Hôpitaux de Paris)

EN PERSONNELLE RECONNAISSANCE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BOURGUIGNON

QUI NOUS FAIT LE GRAND HONNEUR
D'ACCEPTER LA PRESIDENCE DE NOTRE
THESE.

EN TEMOIGNAGE DE NOTRE RECONNAISSANCE.

LE MOI SOUS UNE AUTRE FORME,

CONTINUE L'OEUVRE DE L'EXISTENCE.

GERARD DE NERVAL (AURELIA).

AVANT - PROPOS

Il n'est pas dans notre intention de créer une entité nosologique nouvelle, mais d'étudier à l'aide d'un cas absolument typique la " carrière " d'un malade évoluant par bouffées polymorphes entrecoupées de rémissions plus ou moins longues.

La connaissance de l'épisode fécond grâce à une prise en charge thérapeutique plus poussée et à un appareil institutionnel plus développé doit tendre à intégrer la cure de l'accès aigu dans un traitement à long terme visant particulièrement la prévention des rechutes.

Pour LITTRE, étaient chroniques " les maladies qui suivaient lentement leur période ". Une conception moderne du traitement des maladies mentales ne peut admettre cet aphorisme sous peine de sombrer dans " l'abandonisme thérapeutique ". Le chronique ne doit plus être un malade sédimenté en Hôpital Psychiatrique, mais être considéré comme un " chronique intermittent " (terme employé par un de nos schizophrènes suivi en post-cure), ou un individu posant un problème chronique de cure ambulatoire.

De l'observation d'un certain nombre de cas actuels ou de naguère, nous avons été amené à considérer que la maladie mentale n'évolue pas selon les schémas traditionnels.

1°) Une expérience primaire très discordante peut ne pas évoluer vers une schizophrénie avérée.

2°) Des délires chroniques peuvent s'organiser après un épisode primaire sémiologiquement bénin.

Nous voyons donc la place considérable que peut avoir la thérapeutique dans l'évolution des maladies mentales.

Il nous donc apparu bon de substituer aux vocables d'acuité et de chronicité, le terme de :

PSYCHOSE - AIGUE - CHRONIQUE

" Il s'agit des malades présentant des crises psychotiques du type maniaco-dépressif classique au type schizophrénique aigu en

passant par le type de bouffées délirantes traditionnel pour lesquels le psychiatre éclairé par une pratique de post-cure qui lui fait mieux connaître l'état mental entre les accès et par une science psychopathologique plus mûre ne peut raisonnablement fermer les yeux sur les problèmes de personnalité qui demeurent après l'accès qui dépendent de la personnalité antérieure au premier accès, qui sont profondément modifiés par le fait qu'on ne saurait avoir été " fou " sans que cela influence notablement la suite de l'existence, avec encore des changements importants lorsque l'expérience de retomber " fou " périodiquement s'est accumulée ".

Avant d'exposer cette thèse, nous voudrions adresser un témoignage de reconnaissance particulière à notre maître Monsieur le Docteur BONNAFE tant pour le matériel clinique que pour l'aide qu'il nous a dispensée afin de mieux comprendre ce concept de :

PSYCHOSE - AIGUE - CHRONIQUE

HISTORIQUE

La période d'HIPPOCRATE a surtout été marquée en ce qui concerne la Folie, par la notion d'acuité.

A cette époque, on parlait volontiers de Phrénitis, de délire aigu fébrile, de mal sacré.

Puis la Phrénitis fut distinguée de l'aliénation mentale par SORANUS et COELIUS AURELIANUS qui " sans avoir l'élégance de la pureté du langage de CELSE " préconisait d'avoir avec les aliénés " tous les dehors d'une sensibilité vraie, de s'en faire constamment chérir et craindre ".

PINEL et ESQUIROL eurent de la notion de curabilité, des opinions fort différentes de PARCHAPPE.

Pour ESQUIROL " il est des fous qu'on ne peut guérir que jusqu'à un certain point. Les individus restent d'une susceptibilité telle que les plus légères causes provoquent des rechutes. Il en est d'autres dont le cerveau, et par conséquence la raison a éprouvé une telle atteinte, qu'ils ne peuvent reprendre le rôle qu'ils jouaient. Ils sont très raisonnables mais n'ont pas assez de tête ". Ce dernier, dans un souci d'organisation, des hôpitaux psychiatriques, voulait créer des établissements distincts pour aliénés curables et incurables.

PINEL, dans son chapitre XX sur la Manie, a une idée très précise du rôle des asiles. " L'aliéné, dit HASLAM dans l'ouvrage anglais déjà cité, doit être éloigné du sein de sa famille au milieu de laquelle il vit toujours agité et on doit le renfermer dans un lieu de détention aussitôt que sa maladie est déclarée, l'interruption de toute communication avec ses proches, la privation des personnes accoutumées à lui obéir, et de ne pouvoir donner libre cours à ses caprices, donneraient sans cesse de l'exercice à sa pensée s'il en est susceptible ".

On comprend aisément qu'avec de tels procédés " des individus qui étaient furieux et intraitables au sein de leur famille, deviennent dociles et calmes lors de leur admission dans un hospice ".

Le problème étant de savoir si l'attitude du thérapeute doit se borner à " comprimer pendant le rétablissement, les travers

et les caprices des insensés par une fermeté inflexible et un appareil de crainte, sans cesser en général de prendre le ton de la bienveillance et les voies de la douceur (chapitre XVII du traité sur la Manie).

Pour cet auteur ; les maladies mentales sont classées en 4 catégories :

- Idiotisme
- Manie
- Démence
- Mélancolie (cette dernière seulement pouvant avoir une évolution chronique).

PARCHAPPE va réagir à cet état d'esprit. "L'économie qu'on se proposerait d'obtenir en créant séparément des asiles d'incurables pour la plus grande masse de la population d'aliénés est illusoire à moins qu'on ne décidât à sacrifier cette population qui ne mérite pas moins de sympathie que les aliénés curables. Il faudrait réaliser dans ces asiles, des conditions de surveillance et d'approbation sans lesquelles on ne peut maintenir l'ordre et la tranquillité dans une population d'insensés.

Si les avantages de la séparation des curables et des incurables dans des établissements distincts, (la question du chiffre total étant réservée) sont fort contestables et peuvent être considérés en fin de compte comme illusoires, il n'en est pas de même des inconvénients que provoquerait cette séparation.

Il est un grand de cas où il est difficile pour un médecin même expérimenté, de se prononcer positivement pour la curabilité ou l'incurabilité d'un malade ".

Progrès considérables pour la Psychiatrie, malheureusement quelques arguments douteux viennent ternir la pensée de PARCHAPPE.

" Si l'on ne conservait plus les aliénés incurables dans les maisons de traitement elles ne devraient être construites que pour un petit nombre de malades et alors le fractionnement de cette population peu nombreuse en petites catégories, amènerait pour la construction de ces asiles, et pour leur direction, les

inconvenients que présentent aujourd'hui les éléments dont la population n'atteint pas le chiffre 100, (inconvenients qui se traduisent surtout en exagération relative du prix de construction et du prix d'entretien des malades).

La séparation des asiles en curables et incurables présente des difficultés et des inconvenients de toute espèce. La séparation de l'asile en 2 éléments distincts (maison de traitement pour les curables, maison de refuge pour les incurables) ne présente pas d'avantages réels. Cette séparation ne peut être admise parmi les principes qui doivent régler la fondation d'asiles d'aliénés ".

Aux conceptions " économiques " de la curabilité et de l'incurabilité, va faire suite une distinction acuité-chronicité, fondée sur une méthode " essentiellement étiologique et clinique".

Les écoles françaises (LASEGUE - MOREL - MAGNAN - FALRET -) et allemandes (WESTPHAL - SSHULE), vont tenter d'apporter quelques précisions aux notions d'acuité et de chronicité.

Pour MOREL, " quant à ce qui regarde les formes chroniques et aiguës, je ne nie pas que toutes les variétés d'aliénation ne puissent, sous ce rapport, se partager en 2 grandes classes qui offrent l'une et l'autre des chances de guérison ".

Pour cet auteur, le problème de la démence n'étant " qu'une forme terminative " renvoyée à chaque forme d'aliénation.

DUCHEZ estime que nous " ne connaissons pas la loi de succession de génération des phénomènes de folie " et proclame " la route indiquée par Monsieur MOREL " est la meilleure voie de cette connaissance.

FALRET va insister d'une façon beaucoup plus lucide sur les différences entre les délires aigus et chroniques.

Ainsi, les aliénés " atteints de manie aiguë..... état qui se rapproche beaucoup plus du délire des maladies aiguës que de manie proprement dite.....", sont caractérisée par le fait " que ces malades sont en quelque sorte dans un état de rêve tandis que les autres participent beaucoup plus à des caractères de veille " en insistant sur l'importance de cette constatation pour " le diagnostic, le pronostic et même la thérapeutique.

Pour cet auteur, le problème de la démence est beaucoup plus approfondi.

" Que dirons-nous maintenant de la dernière forme admise aujourd'hui dans la classification des maladies mentales ? Quel sens précis peut-on attacher à ce mot dans l'état actuel de la science ?

Chaque médecin lui donne une extension plus ou moins grande selon les habitudes intellectuelles ou selon les exigences du moment ; mais rien n'est aussi flottant que les limites arbitraires de cette prétendue forme de maladie mentale qui n'est en réalité qu'une sorte de " caput mortuum " où l'on relègue les faits que l'on a pu faire figurer dans les autres catégories. Le seul caractère commun qui sert à rapprocher artificiellement ces faits si dissemblables, c'est la débilité des facultés intellectuelles, mais combien cette débilité diffère chez les aliénés atteints de délire partiel, arrivés à la chronicité (dans les asiles on est convenu de les désigner sous la dénomination de déments quoiqu'ils offrent une très grande activité intellectuelle)

Chez les malades atteints de diverses affections cérébrales qui présentent une faiblesse si radicale de l'intelligence, des sentiments, et une telle incohérence du langage pour exprimer les idées peu nombreuses qui leur restent, c'est à peine si l'on peut découvrir un sens compréhensible au milieu de cette ruine de toutes les facultés.

Lorsque la science sera plus avancée et que l'on aura mieux étudié la marche et la terminaison naturelle des diverses espèces de maladies mentales.

Lorsqu'on aura vérifié par une observation réitérée combien ces terminaisons diffèrent les unes des autres dans leurs symptômes les plus essentiels.

Lorsqu'on sera arrivé à se convaincre que s'il est un certain nombre d'aliénés qui perdent peu à peu l'activité de leur intelligence à mesure qu'ils avancent vers la chronicité et qui finissent par arriver à un état d'affaiblissement intellectuel très prononcé, il en est d'autres au contraire, surtout parmi les malades atteints de délire partiel, qui peuvent vivre pendant de longues années dans un état de délire systématisé presque stationnaire, délire qui, une fois stéréotypé, ne subit plus que de très légères et lentes modifications et qui n'aboutit que rarement à une véritable démence.

Lorsqu'on aura, dis-je, fait cette étude attentive des périodes chroniques de l'aliénation mentale dans leurs rapports

avec les périodes antérieures, on ne comprendra pas que l'on aie pu décorer du même nom de démence, d'un côté, les états qui constituent la terminaison de la plupart des aliénations partielles, de l'autre, la suppression de toute intelligence qui existe dans les affections cérébrales autres que la folie ; enfin la débilité intellectuelle également bien différente que l'on observe dans les phases de la paralysie générale."

MAGNAN et son Ecole vont classer les Psychoses Constitutionnelles en 3 classes selon l'état de fonctionnement du cerveau et des prédispositions essentiellement héréditaires. Ainsi furent isolés :

- Les Psychoses des dégénérés.

- Le Délire Hallucinatoire Chronique survenant chez des individus aux capacités intellectuelles relativement conservées et où l'hérédité joue un rôle minime.

- La Folie Intermittente intégrant dans ce groupe les formes non délirantes de Mélancolie et de Manie.

Nous voyons qu'à cette époque, l'intérêt était principalement centré sur le critère évolutif et la notion de " fatalité détériorante impliquée par la folie évoluant à long terme".

L'école Allemande du 19^{ème} siècle s'est efforcée de même de distinguer les formes aiguës des formes chroniques d'aliénation mentale.

WESPHALL décrit une " acute primäre Verrücktheit " caractérisée par un début rapide, une excitation psycho-motrice, des troubles du cours de la pensée, un délire de mécanisme persécutif, des idées mégalomaniaques et des phénomènes hallucinatoires.

Il reconnaît que cette entité psychiatrique est essentiellement curable, de plus, il rejette l'incurabilité de la Paranoïa Chronique.

En 1863, KAHLBAUM, introduit la notion de Paranoïa et range dans ce nouveau groupe la presque totalité des délires chroniques systématisés ou non.

KRAFFT - EBING pense que " l'hallucinatorischer Wahnsinn " ne se transforme jamais en délire systématisé et est habituellement curable, par contre il classe le " délire des quérulants " parmi les formes chroniques.

Puis selon l'expression de LACAN " enfin KRAEPELIN finit ".

Nous lui devons le concept de Foli-Maniaco-Dépressive : syndrome unique englobant dans toutes leurs variétés cliniques,

la Manie Simple, la plupart des cas de Mélancolie, ainsi que la forme circulaire.

Ces diverses manifestations cliniques ont des caractéristiques fondamentales communes ainsi qu'un pronostic commun. Elles sont aiguës donc curables contrastant avec la Démence Précoce irréversible et chronique en sachant que dans la conception nosographique Kraepelinienne la démence précoce englobe non seulement la Démence Précoce de MOREL, l'Hébéphrénie et la Catatonie de KAHLBAUM, mais aussi toutes les formes aiguës qui diffèrent de la Psychose - Maniaco-Dépressive.

Ainsi, pour cet auteur rentrent dans les formes incurables la dégénérescence psychique (noyau de la démence précoce), les névroses généralisées : Neurasthénie, Hystérie, Epilepsie. Toutefois, le schéma Kraepelinien de curabilité - incurabilité est beaucoup plus souple après une analyse détaillée. Ainsi il cite 9 modes de terminaisons de la *dementia praecox*

- 1° Guérison
- 2° Guérison avec déficit
- 3° Simple affaiblissement
- 4° Affaiblissement avec incohérence verbale
- 5° Affaiblissement hallucinatoire
- 6° " Folie " hallucinatoire
- 7° Démence paranoïde
- 8° Affaiblissement extravagant
- 9° Affaiblissement stupide

A propos de cet auteur, peut se poser un problème, celui du " quelque chose " restant après la " guérison ".

BLEULER conserve de la classification de KRAEPELIN, la Folie Maniaco-Dépressive et la *Dementia-Praecox*, son " groupe des schizophrènes " étant très vaste.

De plus pour cet auteur, le Syndrome de COTARD est " exclusivement le fait de la schizophrénie ". Cette assertion a beaucoup choqué l'école française et certes si des psychiatres admettent le versant paranoïde du syndrome, SEGLAS l'a particulièrement décrit dans la Mélancolie.

L'auteur va beaucoup plus loin en pensant avec KRAEPELIN que tout ce qui ne rentre pas dans l'entité clinique de la Psychose-Maniaco-Dépressive, " est incurable, ou erreur de diagnostic, ou rémission de plus ou moins longue durée ". Il est vrai que certains délires oniroïdes peuvent évoluer vers une psychose paranoïde, mais nous ne saurions trop le répéter " le diagnostic dépend de la thérapeutique ".

Le début du XX ème siècle va être marqué par la nouvelle " maladie " qu'en 1911, GILBERT, BALLET proposa d'appeler " Psychose Hallucinatoire Chronique.

SERIEUX et CAPGRAS décidèrent de la définir par :

- 1°) La prédominance d'hallucinations verbales psychiques et auditives
- 2°) L'organisation des thèmes délirants quelquefois de façon rudimentaire.
- 3°) La longue conservation de l'activité mentale.
- 4°) La terminaison par un affaiblissement psychique.

L'évolution du " délire chronique a évolution systématique " décrit par MAGNAN, va évoluer en 4 phrases selon GILBERT BALLET.

- 1°) Période d'interprétation délirante
- 2°) Idées de persécution avec hallucinations
- 3°) Période des idées ambitieuses.
- 4°) Phase démentielle

L'évolution du " délire des dégénérés " se fait " d'une manière irrégulière et se caractérise par le polymorphisme avec des thèmes délirants variés et mobiles ".

Pour SPECHT :

Dans un premier travail, cet auteur montre que l'on ne peut faire de distinction entre la Manie Chronique et la Paranoïa chronique.

Dans les cas favorables, le passage des accès de manie évolue par périodes typiques à l'installation permanente d'un délire paranoïaque sur le fond de subexcitation persistant dans les intervalles.

Pour ANGLADE :

" On s'étonne à priori, que la Manie, caractérisée par l'incohérence des idées et le désordre des actes, puisse être le point de départ d'un délire systématisé secondaire. Le fait n'est pas contestable. Une idée délirante peut s'organiser même au cours d'un accès de manie.

Les faits cliniques bien observés prouvent qu'une phase maniaque de folie circulaire peut être exclusivement représentée par des idées délirantes systématisées de persécution .

SPECHT (ZENTRALBLATT F. NERVENH U. PSYCH. XX.VIII.)

SPECHT (UBER DIE KLINISCHE KARDINALFRAGE DER PARANOIA
ZENTRALBLATT F. NERVENHEILK U. PSYCHIATRIE 1908.)

Pour FREY, " toute psychose comportant le diagnostic français de délire systématisé chronique, sera rangée par l'Ecole Kraepelinienne :

- soit dans la Paranoïa
- soit dans les formes paranoïdes de la démence précoce
- soit dans les paraphrénies ".

La Paranoïa correspond au " délire systématisé chronique constitutionnel sans affaiblissement psychique terminal. La multiplicité des interprétations délirantes et l'absence des hallucinations sont bien notées, mais il ne semble pas qu'en Allemagne on se soit servi de ces données pour caractériser l'affection. Les caractères évolutifs sont considérés comme les plus importants. Les formes systématisées de la Démence Précoce Paranoïde sont des délires systématisés chroniques endogènes, accidentels, avec dissociation plus ou moins généralisée. Ils sont caractérisés par leur faible organisation et leur évolution démentielle.

SERIEUX et CAPGRAS (Traité de SERGENT 1921), décrivent 4 types de délires systématisés chroniques.

- Les délires d'interprétation
 - Les délires de revendication
- étant "constitutionnels"

Le quatrième "délire systématisé hallucinatoire chronique est purement accidentel ". Dans ce groupe sont citées des formes " de transition " entre les délires systématisés et la démence précoce.

Pour DIDE et GUIRAUD, les délires chroniques se résument en 2 groupes :

- les délires progressifs (interprétation - imagination - psychose hallucinatoire chronique).
- l'hébéphrénie délirante " où il y a d'emblée l'atteinte du psychisme tout entier ".

Pour ces deux auteurs, l'évolution de leur psychose revendicatrice est fonction de la gravité de la maladie. Les variétés (légères closes à l'occasion d'un préjudice réel) ont le plus souvent une issue favorable quant à l'évolution.

G.DE CLERAMBAULT va isoler de la paranoïa le groupe des délires passionnels dont le processus évolutif varie de la " quérulance courte " aux " colères délirantes prolongées ".

DE CLERAMBAULT va surtout décrire des états de conscience particulièrement étudiés par MAYER GROSS, le Professeur CLAUDE et son Ecole à savoir les états oniroïdes.

Si la classification Kraepelinienne a pour avantage une clarté indéniable, par contre, elle constitue " une classification extrême du diagnostic non légitimée par la réalité ".

Certains auteurs français et allemands, tout en rendant hommage à KRAEPELIN, vont élargir le champ des affections psychiatriques curables.

Pour BIRNBAUM, la psychose des dégénérés caractérisée par un début brutal comprenant des troubles moteurs et des troubles du cours de la pensée, est " malgré une évolution irrégulière " habituellement guérissable.

En 1908, BONNHOEFFER, décrit " des accès de courte durée, véritables bouffées délirantes qui ne relèvent ni d'une psychose-maniaco-dépressive, ni de l'hystérie, ni de l'épilepsie et qui sont, malgré leur évolution curable, étiquetées : démence précoce.

KLEIST, en 1928, décrit des psychoses inhabituelles formes atypiques de la Paranoïa ou de la maniaco-dépressive ayant pour caractères communs une évolution de courte durée et un pronostic favorable, toutefois, elles récidiveront.

Du cadre des Psychoses paranoïaques, KRETSCHMER, va isoler le délire de relation concentrique (sensitive Beziehungswahn) à qui il accorde volontiers " une évolution relativement favorable " en particulier " dans les cas purs et légers."

La notion d'état oniroïde présentée :

- par DE CLERAMBAULT et décrite en 1923 par MAYER GROSS comme empruntant " au rêve les lois de sa pensée symbolique et scénique ; à la crépusculisation et au rétrécissement de la conscience son trouble plus ou moins accentué ".

- par CLAUDE et son Ecole, comme des états de "fiction vécue à partir des contenus de conscience ayant pour objet l'ambiance, le réel, le présent, le monde environnant ", va

évoluer.

Pour H. HEY, (Tome 3 des Etudes Psychiatriques), " le niveau oniroïde est nettement distinct des altérations profondes de la personnalité réalisé par les psychoses chroniques ".

En 1930, CAPGRAS décrit " un délire d'interprétation hyposthénique : paranoïa chronique et extensive mais rudimentairequi ne guérit pas complètement mais dont le pronostic est cependant moins grave.... présentant de longues rémissions compatibles avec la vie sociale ".

LACAN va isoler du cadre de la paranoïa, la paranoïa d'auto-punition " caractérisée par son début brutal, une évolution vers un délire systématisé possédant les caractères de la paranoïa classique ; et ayant une évolution favorable : tout le délire et tous les thèmes tombent d'un seul coup ".

Moins favorable est l'évolution des délires hypersthéniques " les cas évolutifs favorables des véritables paranoïas sont des exceptions, leur intérêt est proportionnel à leur rareté". Ainsi s'exprimait SIGMUND FREUD.

Les méthodes physiothérapiques vont modifier considérablement l'évolution des psychoses.

- L'INSULINOTHERAPIE appliquée par MANFRED SAKEL dans le traitement de la schizophrénie

Le choc hypoglycémique a une efficacité toute particulière dans les formes paranoïdes et catatoniques ; l'indication majeure étant les formes aiguës ou subaiguës des premiers mois d'évolution de la schizophrénie.

Pour HOCH, l'Insulinothérapie permet de doubler le pourcentage normal des rémissions immédiates toutefois la proportion des rémissions de longue durée ne dépasse pas celle des rémissions spontanées.

M.H. EY pense que " d'une façon schématique, 20 à 25 % des schizophrènes qui ont pu quitter l'hôpital après une cure de Sakel, ont une chance de se maintenir en bonne rémission après quelques années.

- La SISMOTHERAPIE - préconisée par ALDINI en 1804 dans le traitement des mélancolies

- conçue par CERLETTI comme " thérapeutique convulsivante ",

- employée :

1°) dans la schizophrénie, soit comme traitement d'attaque ou d'entretien, soit combinée à l'insulinothérapie ; les résultats les meilleurs étant obtenus au niveau des stades précoces de l'évolution.

2°) dans les modifications pathologiques de l'humeur.

3°) dans les états dépressifs avec résultat spectaculaire dès les premiers chocs.

4°) dans les états maniaques avec réduction de moitié du séjour hospitalier pour les malades traités par électro-choc.

5°) dans les états involutifs : le Professeur DELAY et ses collaborateurs ont publié des cas de guérison de mélancolie avec syndrome de COTARD évoluant depuis plusieurs années.

Pour la première fois, par une méthode thérapeutique il était de modifier, et ceci de façon considérable, le processus évolutif de la maladie mentale.

La fin de la seconde guerre mondiale sensibilisa l'opinion aux questions de liberté individuelle.

Malgré l'attitude libérale, la population des Hôpitaux Psychiatriques va augmenter dans les pays anglo-saxons, jusqu'en 1954, 1955, date de la généralisation de l'emploi de substances chimiques nouvelles:

LES NEUROLEPTIQUES

La population des asiles commença alors à diminuer.

Cette évolution était-elle due à l'emploi de thérapeutiques nouvelles ou à l'application des mesures de libéralisation ?

- En Grande Bretagne, après la révision des lois psychiatriques, le nombre des hospitalisations volontaires augmenta alors que le nombre des hospitalisations totales continua de diminuer.

En 1961, le HOME-OFFICE, encouragé par ces résultats prédit que 10 ans plus tard, le nombre des hospitalisations aurait diminué de moitié.

Les Etats-Unis suivirent cette "politique " et aux mêmes causes succédèrent les mêmes effets " le comportement des psychotiques pouvait être contrôlé de façon sûre sans augmentation du nombre des hôpitaux psychiatriques et malgré un accrois-

sement de la population ".

Un système de " post-cure " faisait suite à l'aliénation nécessaire lors des épisodes aigus.

Pour SOULEIRAC et SHEFTOUB, la " maladie mentale qui s'installe et devient chronique est une tentative de reconstitution à rebours de la réalité dont les exigences sont devenues incompatibles et intolérables avec les besoins primitifs, le trouble chronique devient une sorte d'homéostasie biopsychique et sociale comme une défense qui permet au malade, avec le minimum de relation de s'accrocher à la vie pour ne pas rompre avec la réalité ".

Le Docteur L. BONNAFE pense que " les conditions d'hospitalisation habituelles, certains modes relationnels médecin-malade exacerbent de telles réactions régressives ".

Nous voyons donc qu'au sein même de l'asile la relation peut faire évoluer le processus morbide dans le sens progressif ou régressif.

Le destin du malade mental n'est pas d'évoluer vers " la guérison " ou " la chronicité " mais vers la " compensation stable " terme judicieusement employé par MOURGUE et MONAROV.

Le rôle de l'appareil thérapeutique est d'en contrôler - la nature en sachant qu'un délire figé est une " compensation stable ",

- la stabilité : l'étude du cas de Monsieur J.D va nous montrer que les épisodes intercritiques ne sont en fait qu'une compensation possible.

Il nous a semblé bon de terminer l'historique par la réponse de S. Follin à Henri EY en 1958. " S'il est vrai qu'il y a simultanément des distinctions et des analogies entre bouffée délirante et travail interne d'une psychose en évolution cela me paraît signifier que le véritable problème est celui du passage de l'un à l'autre, et que c'est justement dans le cas où existe un fonds pré-psychotique qu'il paraît le plus facile de voir ce qui unit et ainsi de lier la discontinuité structurale des mouvements critiques à la continuité de l'histoire du sujet.

LE CAS J.D.

Pour illustrer le concept de : PSYCHOSE - AIGUE - CHRONIQUE, nous retiendrons le cas de MONSIEUR J.D âgé actuellement de 46 ans, né en Dordogne le 19.10.1924 à " Le Buisson près de Cadouin ".

Pour comprendre la dramatique existentielle et la thématique délirante de Mr. J.D il faut savoir que dans les grottes de cette commune, était exposé le Saint-Suaire qui avait la réputation de rendre " les ménages heureux " si il était visité et embrassé par les fiancés avant les épousailles.

Or, peu de temps avant la naissance du malade, la Sainte image fut transportée à Rome. Aux dires mêmes de ce malade " le ferment était dans le nid ".

En 1949, afin d'échapper à cette " malédiction " Mr.J.D tire un coup de fusil sur une chouette ce qui lui vaut d'être hospitalisé en placement d'office à l'Hôpital de VAUCLAIRE.

En 1951, sa condition de cultivateur-maraîcher ne le satisfait qu'à moitié. Il décide alors " de monter sur Paris". Son insertion socio-professionnelle s'établit correctement lorsque le 25 Novembre 1951, un accident de la route va le polytraumatiser. Les multiples fractures des deux jambes de l'épitrôchlée, des os propres du nez, vont faire partie de ses "17 blessures sans compter celles d'amour propre ".

En Juin 1952, il sortira de l'hôpital avec un dédomagement dont la moitié sera engloutie par les frais d'hospitalisation.

A la fin de l'année 1952, Mr. J.D trouve une place de manoeuvre puis donnant toute satisfaction, passe ouvrier spécialisé. Mais " l'usine ne paie pas ". Il quitte cet emploi pour travailler au casino d'Enghien comme " Officier de Baccara, situation permettant d'être mieux payé qu'à l'usine ", et même d'être nourri les jours de repos. Dans cet établissement, il va devenir " Caviste ", mais il fallait se " saouler ", puis Valet de Cambre, " c'était plus pénible ".

En Mai 1954, va avoir lieu une violente altercation avec le chef du personnel, de nationalité italienne " qui favorisait les siens ". Ce violent échange verbal entraîne son licenciement et une vive haine contre les transalpins. Il ne les oubliera jamais. Pendant ses phases d'excitation psychomotrices, il regrettera toujours " de ne pas avoir exterminé,

lorsqu'il était dans l'armée secrète " , ce Peuple " qui n'est pas poli à défaut d'être Paoli ".

En Septembre 1955, il est placé d'office à Clermont, à la suite de scandale sur l'hippodrome d'Enghien " incidents, altercation.... toujours " mu " par cette même puissance " puissance qui le pousse à jeter son Père par-dessus la table lors d'une visite au hameau familial en 1957. " Il nous a toujours battus ". Cette voie de fait, lui vaut une hospitalisation de 3 mois en P.O à l'Hôpital Psychiatrique de VAUCLAIRE.

1958 a été " sa plus belle année " bien que débordements d'humeur l'aient fait évincé du cadre familial.

En Août 1959, Mr. J.D va entrer pour la première fois dans " le circuit thérapeutique " de " PERRAY-VAUCLUSE ". Le certificat de placement stipule :

" Délire d'allure paraphrénique. Idées délirantes multiples de grandeur et d'influence. Thèmes métaphysiques et religieux. Il a percé toutes les énigmes du monde. Il ne peut les révéler que devant les plus hautes autorités religieuses. Allure expansive du récit. Rationalisme morbide. Attitude interrogative avec perplexité. Subexcitation psychique avec euphorie de l'humeur. Déjà interné."

- 24 Heures après, le Docteur BENOIT va établir le certificat suivant :

" Etat d'excitation évoquant la manie mais expression d'une thématique floue. " Il porte le fardeau du monde, il sait tout. " Allégation d'hallucinations olfactives : " ça sent l'encens ou le curare. Prétend qu'on l'empoisonne et évoque en ce moment un circuit hypocondriaque, " le sang du foie craché à cause du poisson dans le sel.

Mais aussi :

Jeux de mots. Plaisanteries. Le placement est justifié.

Le Dr. L. BONNAFE va examiner ce malade alors âgé de 35 ans : médiocre . scolarisation jusqu'à l'âge de 15 ans, puis études autodidactes par la suite.

Ses parents sont " bien vivants " ont eu " 7 enfants avec moi ".

Un de ses frères a subi une hospitalisation de courte durée pour Folie Mystique, puis tout est rentré dans l'ordre.

La situation d'alors préoccupe le malade. Il se demande si tout ce la " ne vient pas des lois de LATRAN, il y a un imbroglio entre le laïc et l'ecclesiastique.....

Se sent " mu " par une puissance céleste qui lui a fait percer les mystères de l'incarnation du DIEU fait homme.... Je ne sais pas si j'ai été choisi pour cela... D'après ce que je me rappelle, lorsque j'avais 5 ans, ma Mère a été toucher le Saint-Suaire de Caduvin, alors je ne sais pas s'il y a opération du Saint-Esprit".

A cette époque le discours de Mr. J.D évoque la " pathologie nervalienne ".

" De ce que j'ai vu en rêve depuis 1938 tout s'est réalisé, à 12 ans, j'avais rêvé que j'aurais les jambes maigres.... Hier, à la télévision, ils ont montré Isabelle et le jongleur de Notre Dame ; Ils ont voulu se moquer de moi, je ne suis pas jongleur ... Le monde est divisé en 2 : les bons et les mauvais, tout vit de la terre, tout y revient ".

Le DOCTEUR L. BONNAFE, établit le certificat de quinzaine de la façon suivante :

" Sédation importante du facteur thymique, changement de registre de l'exaltation délirante qui a perdu son ton affectif dramatique (" atroce souffrance morale " dans la période d'invasion, puis franches sorties " d'exaltation mystique dans un climat d'élévation de sentiment euphorique "?) Activité délirante refroidie, contenus enchaînés sur les constructions élaborées au cours des accès anciens. Psychose délirante reviviscente avec importante composante cyclique. "

Le 1er Octobre 1959, le malade sort avec le certificat suivant :

" liquidation de l'épisode évolutif. Sédation des perturbations thymiques. L'activité délirante n'est plus du tout apparente.
La sortie peut-être accordée ".

Trois longues années vont s'écouler avant que le malade ne revienne en placement d'office pour :

" Délire paranoïde. Etat d'excitation, expansivité de l'humeur. Flou de la pensée - Métamorphes - Proverbes - Autosatisfaction emphatique.

Délire flou à thème d'inspiration métaphysico-religieux centré par des intuitions.

Communication avec Dieu et les Dignitaires de l'église.

" 33 ans de calvaire."Mais actuellement, sa mission est terminée. A réussi à remonter le cours du temps. Il est le descendant de Dieu ".

Le DOCTEUR L. BONNAFE établit le certificat de quinzaine comme suit :

"Evolution témoignant l'extrême polymorphisme du délire. Installation favorisée par le conflit avec l'ex-amie dans une structure nettement paranoïaque. Entretien submergé par l'étalage incoercible, noyés dans le détail, des griefs anciens, et de l'impuissance à embrasser l'ensemble des problèmes dans les coordonnées de la réalité. Absence remarquable d'autres symptômes. Au total, paraît bien à un stade intermédiaire entre le niveau délirant de type paraphrénique et la disparition de tout délire ".

Cette époque est centrée sur les problèmes conjugaux qui préoccupent notre malade. Dans la relation, seuls, ses griefs comptent et l'on note le ton procédurier avec lequel il les exprime, et le caractère franchement paranoïaque du mode d'échange.

" Avortements, enfants qui auraient pu augmenter leur foyer, complicité des amants y compris l'agent de police".

Parallèlement, la " disparition mystérieuse du Saint-Suaire de Cadouin continue à préoccuper vivement mr. J.D.

L'évolution favorable de l'épisode étant acquise, la conversion du P.O est demandée.

" Rectification progressive de l'attitude paranoïaque. Assimilation pratiquement acquise de la rupture conjugale; (confirmation de ne plus revoir l'ex-amie)....L'évolution fait la preuve d'une structure labile du type personnalité psychopathique avec aptitudes réactionnelles vives et décompensation polymorphe ".

Le 25 Février 1963, le malade sort et apprend qu'il a perdu son logement. Cet état de fait, va provoquer un effondrement immédiat avec surcharge anxieuse et son retour à l'hôpital de PERRAY-VAUCLUSE, pour la première fois en auto-placement.

Profitant des permissions qui lui sont offertes, le malade règle lui-même les conditions de sa réinsertion et sort le 6 Avril 1963.

La rémission est de courte durée et c'est encore sous la réglementation du P.O que Mr. J.D revient à l'Hôpital de PERRAY-VAUCLUSE pour " rechutes d'une bouffée d'excitation avec délire polymorphe. Tableau clinique d'hypomanie : excitation verbale, projets incohérents, hypermnésie, aisance, volubilité, tendance aux calembours. Fuite des idées conditionnant le polymorphisme et le télescopage de la thématique délirante : propriété - filiation - persécution où dominant nettement : la vanité, la mégalomanie. Syndrôme d'automatisme mental avec multiples phénomènes psycho-sensoriels. Discours d'un nouvel accès oniroïde intense et prolongé.

Etant donné qu'il est permis d'espérer de la thérapeutique, une sédation à court terme, il y aurait lieu d'envisager dès maintenant une transformation de l'hospitalisation en placement volontaire. Pendant cette hospitalisation va revenir un thème favori celui " du nid ".

" Mon père n'a été qu'une Haman pour moi. Je reviens au berceau de mon enfance, je n'y trouve qu'indifférence. Mon Père et ma Mère sont allés à Cadouin toucher le Saint Suaire Il n'y est plus, il y était quand ils se sont mariés, peut être est-il à Rome ?.....

Monsieur le Curé est venu d'Italie pour me causer de l'origine du Monde... Question d'inceste, il a bien fallu que le Fils fasse l'amour avec sa Mère ".

Malgré l'aspect jovial de Mr. J.D, nous sentons bien que ce malade est anxieux.

Tout au long de ses multiples hospitalisations, nous sentirons cette anxiété aller de pair avec l'évolution du délire.

Tout épisode de cristallisation du délire s'accompagnera d'une diminution des tensions anxieuses.

De la bouche même du malade, la jovialité n'existe que pour se donner une contenance, en fait, " il est et se sentira téléguidé toute sa vie ".

Le 19 Novembre, le malade sort, la stabilisation étant obtenue. Mais la rechute est imminente. Le problème d'appartement réglé que pour un mois et ensuite....?

1964, logé à la journée, ne vivant que grâce à des extras, - l'appréhension de la rechute " toujours à cause de contrariétés " un désespoir conjugal dans le dialogue recueilli à la consultation, Rue du Figuier, tout laisse penser à une rechute proche.

celle-ci survient, hautement prévisible, le 7 Mai 1964 et encore une fois, le mode de " réintégration " à l'hôpital psychiatrique se fait en P.O

Le certificat de 24 heures établi à Sainte Anne par le Docteur MONDOLINI conclue à :

" Bouffée d'excitation délirante en récurrence au cours de l'évolution d'une psychose intermittente probable.
Euphorie. Expansivité. Fuite des idées. Mégalo-
manie tranquille.
Malade sans domicile fixe à diriger sur le service du Dr. BONNAFE.

Ce dernier établit le certificat immédiat suivant :

" Bouffée délirante hyperthymique avec aspect maniaque, logorrhée, style dramatique emphatique. Phénomènes oniroïdes intermittents sur des thèmes mégalomaniacaux, persécutifs, revendicatifs. Anxiété importante : on s'est servi de lui pour un coup d'état et on veut le tuer. A à accomplir une mission universelle ; c'est lui le vrai représentant de Dieu sur la terre, reçoit des messages naturels par télépathie. Veut faire une révolution sensuelle.....Télescopage temporel. Remarquable similitude par rapport aux accès précédents.

Traitement hospitalier à reprendre. En principe de courte durée en fonction des coordonnées connues ".

Des entretiens de cette époque, ressortent des idées maitresses :

" De la naissance, la trajectoire, reprendre à rebours et remonter jusqu'à la source, à l'origine"

- " Depuis ma naissance, j'ai tiré un trait, et je suis retombé à rebours jusqu'à JESUS-CHRIST ".
- " On m'a dit que j'étais fou, on m'a blasphémé, blessé ".
- " En 1951, j'ai eu 14 blessures, accident net comme la mort rapide comme la foudre

J'ai eu des soucis - ma carrière est terminée ".

" Le créateur va à la créature, la créature au créateur ".

" Un homme doit ne pas passer pour un fou lorsqu'il est un génie".

" Je veux arriver au but et qu'il soit juste, il faut que se soit foudroyant comme la foudre en un millièmè de seconde comme le fil de l'amour qui relie l'homme à la femme ".

" Qui m'a marqué sur la joue droite ? c'est l'Eglise. Ma mère me l'a caché, c'est mon Père qui m'a marqué ".

" Mon cerveau était vendu à quelqu'un, aussi, par ces tribulations, la Police m'a pris pour un fou ".

Période floride, accompagnée de signes de la série maniaque :

- insomnie
- logorrhée

Le 20 Mai 1964, Mr. J.D va critiquer l'épisode délirant " c'était absurde, j'étais un robot. je parlais malgré moi comme lors de chaque accès. J'ai été mis à la porte de ma chambre, d'hôtel. j'appréhende d'être impulsif ". Impute l'accès actuel comme les accès antérieurs à des contrariétés.

Or, nous verrons par la suite qu'un, des critères majeurs d'amélioration de Mr. J.D, a toujours résidé dans l'amélioration des réactions vis à vis des situations traumatisantes qui n'est cessé et qui ne cessent de se produire en relation avec le monde extérieur ", le fin fond du problème c'est l'appréhension qui reste... que je n'ai pas ici n'ayant pas de contact avec le public ".

" - Cette fois-ci, la contrariété a été moins grave que lorsque j'avais eu cette histoire avec ma fiancée, ainsi la maladie n'a duré que quelques jours ".

Effectivement, le 2 Décembre 1964 le certificat de sortie est aussi libellé.

" Réduction quasi-immédiate de la crise.

Prise de conscience très assurée du bénéfice acquis dans la carrière par le réflexe de recours immédiat au médecin de la phase de décompensation.

Persistance néanmoins du fond dépressif intercritique habituel ".

Un mois à peine a passé. Le 9 Janvier 1965 notre malade entre de nouveau à PERRAY-VAUCLUSE, mais en auto-placement pour :

" Rechute de la bouffée délirante. Sthénicité. Excitation surtout verbale. Anxiété vive. Phénomène oniroïdes identiques aux épisodes précédents. A accompli en Dordogne la mission qui lui était confiée, les cloches de trois villages ont alors sonné. Mêmes thèmes mégalomaniques ;

- c'est l'envoyé de Dieu sur la terre, il devait se trouver à la tête du gouvernement, Thèmes persécutifs

- on essaye de le conduire à l'abattoir, on a cherché à l'empoisonner, on lui a transpercé le coeur deux fois ; sa souffrance est unique au monde, est venu de lui-même chercher refuge à l'hôpital. Accepte le traitement. Une hospitalisation de courte durée est à prévoir "

Deux semaines plus tard une résolution rapide de la bouffée délirante est notée : " processus particulièrement significatif du vécu oniroïde ".

Un séjour de courte durée est prévu afin de " mordan- cer " le recours à un auto-placement en cas de rechute.

Conformément aux conclusions précédentes, le malade sort le 4 Février 1965.

Le décès de sa Mère en Juillet 1965 va provoquer une brusque rechute et le faire hospitalier en placement d'office dans l'Hôpital Psychiatrique de sa Dordogne natale. Le certificat de 24 Heures, établi par le Docteur YVONNEAU est le suivant :

" Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose aiguë intermittente à multiples accès (1948-1955- 1957 - 1959 - 1962). Rechute brutale le 3 Juillet.

Etat d'excitation intra-familiale ayant nécessité de recours à la force publique. Véhémence, exaltation, loghorrée à début et fin brusque, hypersyntonie. Non discordant. Activité délirante polymorphe de coloration expansive.

Appoint éthylique possible chez ce garçon de café.
Embonpoint, pâleur, vivacité des réflexes.
A maintenir ".

Après cet épisode de teinte franchement maniaque, le retour à Paris est prévu pour Octobre 1965, où une prise en charge au niveau de notre dispensaire de la Rue du Figuier.

Lors d'une consultation à ce dispensaire, l'état d'exaltation est tel que, d'un commun accord malade-thérapeute, un séjour en auto-placement est décidé à l'Hôpital de Perray-Vaucluse.

" Médiocre évolution récente. Rechute franche en Juillet ; Migrations, hospitalisation en Dordogne ; Sédation ; Sortie ; Rechute rapide. Au centre des problèmes exprimés ressentiment contre la vie dominée par la situation de victime des marchands de sommeil avec exaltation du souvenir d'échec conjugal. Compensation actuellement pauvre dans la dimension grandeur puissance. Vient demander à l'Hôpital Psychiatrique un refuge qui s'avère très nécessaire pour le traitement ".

A aucun moment dans la suite des entretiens qu'il aura avec son thérapeute Monsieur J.D ne parlera du décès de sa Mère.

Pourtant, dès l'âge de 6 ans, " il avait l'âge de raison, " c'est à dire remplacé " le mauvais Père " éthylique et brutal à la personnalité très effacée.

Seule le préoccupe l'idée d'acheter une chambre aux marchands de sommeil. Très marqué par le retrait de son permis de conduire (je ne suis pas un fou de la route, un coup de poignard dans le coeur ne pourrait pas me faire plus de mal).

Le 29.10.65, malgré sa placidité retrouvée, le malade sait pertinemment que les tracasseries au sujet de son logement risquent de le faire rechuter dès sa sortie.

Monsieur J.D va insister, conscient de sa fragilité constitutionnelle, sur le besoin d'un traitement préventif.

Pour la première fois va lui être proposée une sortie d'essai.

" Bonne stabilisation assurée.

Problèmes du logement, de la situation de victime des marchands de sommeil, de la tentative malencontreuse d'y échapper par l'acquisition d'un appartement.

Emprise de ses problèmes traduite par une apparence débile et radotante des propos sur ce thème.

La liquidation de l'affaire en cours n'étant pas acquise, mais la prolongation du séjour ne pouvant plus être que nocive, la formule de " sortie d'essai " est la plus adéquate afin de pouvoir continuer à bénéficier de la tutelle de l'administration des biens.

Sort ce jour ".

En proie " au vertige de la sortie ", le malade ne reste que 8 jours dehors.

Très exalté, il va regagner l'hôpital de Perray-Vaucluse.

" J'ai 14 blessures, une blessure morale est plus terrible qu'une blessure physique, je ne suis pas assez mutilé pour être encore transpercé par leurs rayons X.3 ".

Deux jours plus tard, survient une amélioration spectaculaire, le ton n'est plus agressif, l'anxiété a considérablement diminué. Souhaitant " que cela tienne " le malade appréhende " que la contrariété ne lui fasse perdre la tête ".

Le 10.1.1966, une seconde sortie d'essai lui est proposée.

" Sédation assurée avec critique nette et claire des épisodes délirants.

Malaise permanent de l'existence toujours sensible dans un radotage sur les thèmes familiers du malheur de la vie et l'angoisse de rechute.

Une nouvelle tentative de sortie est opportune. Le mode de sortie d'essai est nécessaire pour que le malade puisse affronter les problèmes patrimoniaux sous protection discrète de l'administration des biens ".

La rentrée de sa sortie d'essai n'a lieu que 9 mois après sous forme de :

" Rechute franche, cependant en mineur ;
Exaltation thymique sans note oniroïde ni éléments délirants autres qu'émergence fugace du registre grandeur - puissance.

Echos de l'impatience légitime sur les délais de règlement de l'affaire de spoliation. Celle-ci avait été supportée durant une période dont la durée témoigne d'une réduction d'ensemble de la fragilité.

La troisième sortie d'essai va durer du 6 décembre 66 au 5 Mai 67. Le règlement des affaires familiales est facilité par la désignation d'un mandataire ad litem.

Pendant cette période le malade est suivi régulièrement à notre dispensaire d'Hygiène Mentale du IV^e arrondissement et ceci d'une façon mensuelle.

En janvier, " Sensation d'immunité vis à vis des agressions morbides et ceci avec un traitement qu'il a réduit à :
2 comprimés de MELLERIL 10 le matin ;
1 comprimé de MELLERIL 50 le soir ; "

" L'Affaire" qui le concerne revient de moins en moins dans la conversation, toutefois persiste un certain apragmatisme.

La rechute franche survient en Mai 1967, relativement modérée par rapport aux précédentes exaltation de type maniaque.

" 33 ans de bagne ", traumatisé par le refus de restitution du permis de conduire."

" Ils veulent vous pousser à bout, on dit qu'il vaut mieux être le boucher que le veau, je fais toujours le veau, ils veulent me pousser à faire le boucher"... Pleurs. " L'injustice m'a transpercé de part en part, 3 coups dans le coeur par le rayon de la mort ".

A une définition personnelle sur la colère :

" La colère est un mouvement irrégulier de l'âme, qui d'après les êtres qui ont étudié, me fait passer pour un aliéné. L'intelligence est innée, l'instruction s'acquiert, les extrêmes se touchent, la folie côtoie l'intelligence ".

Le malade nous demande avec véhémence de ne pas le considérer " comme un fou ". Il nous supplie " de le fusiller, de lui tirer dans le coeur une balle de pistolet, de lui couper la tête ". Refuse toute thérapeutique dans le service. " Le traitement est un poison ", manifestement lié au traumatisme chronique d'être un personnage de fou. Ressentiment, perçu de façon plus aiguë, que les autorités lui refusent la restitution de son permis de conduire .

Une semaine plus tard le malade est plus calme, il a l'impression de " sortir du tombeau ". " Ma vie est une trajectoire, ça remonte à la nuit des temps, à la source, j'ai été mort vivant, je ne voyais pas la lumière ".

La thématique " de remonter à la source " va passer de plus en plus au premier plan dans la semaine suivante. Il faut " arracher la source du mal comme un oignon ".

Le 15 Mai, il se sent " mieux guéri que les autres fois, " cette fois s'est nettoyé, les autres fois, je n'étais vraiment pas opéré ".

" Je sens quand ça vient, avant que ça entre en ébullition, mais qui est-ce qui m'a pour ainsi dire fait délirer ".

Le malade vient d'avoir une angine sévère et une asthénie importante persiste encore.

Au mois de Juin, Monsieur J.D accepte l'idée de sortie d'essai prolongée avec traitement ambulatoire et rendez-vous périodique, Rue du Figuier . " Il ne faut pas scier la branche sur laquelle on est assis..... ce n'est pas difficile de sortir, ça ne tient qu'à vous ".

Malheureusement, cela ne tient pas exclusivement qu'à nous. Sorti le 28.11.67, il réintègre l'hôpital de Perray-Vaucluse le 5 Décembre.

" Nouvelle décompensation sans expression délirante cette fois. Aspect de manie très amère, discours incoercible, exalté sur le malheur de l'existence, évoquant par éclats un désir de vengeance ".

Une nouvelle hospitalisation s'impose, elle est facilement acceptée comme refuge ou " hâvre de paix ".

Questions anxieuses sur sa situation existentielle.

" Je suis sur terre pour quoi faire ?

Vous me coupez la tête, vous me pendez, ou c'est la liberté, vous me tuez ou vous me " foutez " en liberté... On dit que je suis fou.

J'ai 43 ans, 36 ans de bagne. Je suis mutilé des 4 membres et du membre nef (il montre sa tête).

- Docteur , pourquoi considérez-vous que je suis toujours en train de délirer.....? Il y a le délirium tremens ".

On note le grand désespoir " d'être fou " de notre malade.

L'angoisse est là, à fleur de peau. Toutefois, une lueur apparaît " Hôpital de Vaucluse ou four crématoire ", l'espoir ou la mort. Accepte malgré tout, l'espoir en consentant à son hospitalisation. Comme l'eau de son pays natal qui s'infiltre et disparaît dans les roches poreuses pour resurgir plus loin, le malade est décidé à " ne plus faire le sous-marin, à faire surface ".

A la mi décembre, l'espoir renaît. Le mandataire ad litem devrait être désigné avant Pâques.

Le 15 Décembre, une rechute a lieu en milieu hospitalier avec la thématique habituelle de malheur de la vie, avec fantasmes hétéro et surtout auto-agressifs. La notion de " Problème n°2 " apparaît lors des accès de décompensation à savoir la consommation éthylique, d'ailleurs niée par le malade.

Le début de l'année 1968 est marqué par une amélioration le médicament ne l'empoisonne plus, au contraire, il nous demande de remplacer la voie per os par la voie intra-veineuse " pour atteindre la racine du mal ".

L'appréhension de la rechute est moins vive.

Le 2.3.1968 le problème des rechutes est abordé :

Pourquoi rechutez-vous ?

D'une part à cause du " cassement de tête, " d'autre part le " médicament pouvant éviter les rechutes ".

La sortie est prévue le 7.3.1968, avec le " médicament":

- Melleril 50 : 1 comprimé matin et midi
2 comprimés le soir

Suivi au dispensaire, il se montrera satisfait, l'activité procédurière lui a apporté quelques satisfactions. Toutefois il se montre préoccupé par les sentiments de rechute qu'il éprouve parfois.

Le 14.6.1968, il va demander refuge à l'asile en état " d'exaltation thymique mineure sur expérience délirante aiguë avec thèmes d'agression corporelle, empoisonnement, laser ; cet épisode ne dure que 2 semaines, le malade sort de nouveau.

Très bien en Décembre, " ça va, pourvu que ça dure ", Appréhension de rechute, arrive, par un travail épisodique, à faire face à ses besoins.

Le 15.1.1969, survient une flambée rapidement éteinte. " Angoisse de rechute flagrante. Souffre le martyr depuis l'âge de 5 ans ". Crainte de gaspiller le maigre patrimoine lors des rechutes ".

En février 1969 va survenir un incident navrant dans un bistrot du Boulevard Beaumarchais.

Monsieur J.D y était entré ayant vu à l'intérieur un de ses cousins. Après boire notre malade a reposé trop brutalement le combiné téléphonique ce qui n'a pas plu au tenancier ; ce dernier a montré son mécontentement en expulsant Monsieur J.D d'une façon très vive, au point d'ajouter à ses nombreuses blessures, une fracture de l'épiphyse fémorale avec atteinte de l'articulation pubienne, nécessitant une plastie chirurgicale et ayant entraîné une impotence encore constatable actuellement.

À cet époque, la scène n'est pas racontée d'une façon délirante. Il y a coups et blessures et l'affaire sera portée en correctionnelle.

Sorti des services des hôpitaux de Morangis (rééducation fonctionnelle) et de la Salpêtrière (plastie chirurgicale) Monsieur J.D va de nouveau entrer à Perray-Vaucluse le 4.10.1969 avec le certificat de placement suivant :

" Avatar itératif de la destinée traumatisante. Nouvel incident de rue, nouvelle fracture (col du fémur). Séjour en chirurgie. Effet de répétition au niveau du thème traditionnel des jambes brisées et absence de prise en charge psychothérapique au décours du moment de décompensation se soldent par une cristallisation délirante des potentiels de surfusion dans la dernière période. Structure paranoïaque franche, articulation cohérente du discours, perte de toute note d'acuité, investissement procédurier global, symbolique homosexuelle à considérer par rapport au rôle prévalent du père et de l'ancien camarade d'hospitalisation dans le système persécutif, le pronostic s'assombrit ".

L'investissement au niveau des jambes brisées va durer jusqu'au mois d'Octobre puis être transféré sur un ictère d'origine virale apparu 2 mois précédemment. On note à cette époque une augmentation considérable de la note anxieuse.

En novembre jaunisse et angoisse s'estompent, le discours procédurier n'est évoqué qu'à bas bruit, l'emprise délirante perd du chemin.

En janvier, le malade rechute sur le mode hyperthymique entraînant le passage aux injections intra-musculaires. Privé de " son médicament " (à savoir Melleril per os), le malade reprend volontiers le thème de peloton d'exécution, lui-même donnant l'ordre de mise à mort, le médecin donnant le coup de grace.

A la fin du mois de Février 1970, l'état thymique s'est considérablement amélioré.

Une rixe éclate entre deux malades du service " cela m'a fait tourner le sang en petit lait, le plus dur est de ne pas être intervenu ".

Pour la première fois dans le service, Monsieur J.D a su se contrôler, le discours reste cependant inchangé : " 16 blessures sans compter celles d'amour propre qui sont pires que des coups de fusil....Je ne suis pas fou, les fous sont ceux qui m'ont blessé, et fait venir ici ".

Propos allusifs au Saint-Suaire de Cadouin.

Le 5.3.1970, le malade est appaisé mais lucide : " je ne me fais pas d'illusions, je ne pourrai plus travailler dans mon métier ; une place de garçon de café ? se tenir debout avec une canne et un plateau ne sont pas compatibles. "

Les menaces envers son Frère et son Cousin responsables de l'incident invalidant du 6 Février résurgent " ne voudrait pas être à la place de ses " assassins " si un jour ils se retrouvaient sur son passage...."

Une activité épistolaire bien orientée (demande de témoignages) s'engage dans le but d'obtenir réparation.

En avril, il doit partir quelques mois à la Jonchère " pour se blanchir " avec le sentiment de bien fondé de la croyance en la justice humaine : " Si elle ne me donne pas raison, je saurais ce que je dois faire ", nous dit-il en guise d'au revoir.

Revenu de cette maison de repos, Monsieur J.D va manquer deux de ses rendez-vous au dispensaire sans raison valable, et ce n'est qu'à la fin du mois d'Octobre que le malade vient nous revoir " tout va très bien " ;effectivement, sa vision de l'avenir est saine, certes il ne trouve du travail que de façon sporadique " mais cela s'arrangera ".

" L'affaire " du 6 Février doit être jugée incessamment en Cours d'Assise (l'idée d'" assassinat " n'est pas totalement oubliée).

Le gîte et le couvert ne lui posent pas trop de problèmes. Un observateur assistant à cet entretien et ne connaissant pas l'histoire de la maladie aurait pu dire à cet instant : "guérison ", tant le caractère psychotique de cet épisode intercritique est difficile à mettre en évidence.

Le ciel paraissait serein " le coup de tonnerre " survient deux semaines plus tard.

Le malade est de nouveau hospitalisé dans un état d'excitation psycho-motrice intense. Ce n'est plus trois personnes qui lui ont brisé la jambe mais un complot international d'assassins ignorant " sa haute situation dans l'armée secrète ".

Il demande avec vocifération un peloton d'exécution " 12 balles dans la poitrine dont une en bois ".

l'anxiété est extrême, il faut qu'il s'exprime, il faut que les gens le comprennent. Pour être compris il parle en patois sachant nos affinités pour le dialogue occitan, il n'a pas de cesse de nous inviter à boire, à manger.

L'alcool qu'il ne supporte pas à cause " du médicament qu'il ingère " lui permet de ne plus rester sur la ligne de crête que représente l'équilibre fragile des épisodes intercritiques.

La thymie est alors franchement maniaque; les jeux de mots affluent " malades mentaux... il fait chaud ici, vous permettez que j'enlève le mien ", le sommeil se fait rare, les malades qui l'entourent d'ethnie différente ont droit aux plaisanteries de plus ou moins bon goût, l'équipe thérapeutique n'échappe à ses sarcasmes ; " les Auvergnats... la politique... les Lieutenants de l'Armée Rouge...

Le 7 Décembre, son opinion sur " les paradis artificiels " change brutalement. Il écrit " l'alcool avec le Neuleptil vous permet des rêves exquis, d'augmenter nos connaissances humaines, et de nous instruire tout en dormant. Il précise en le soulignant qu'il a expérimenté ce fait sur lui-même.

Le 30 Décembre, Monsieur J.D sort avec le certificat suivant :

" Evolution précaire et tumultueuse. Explicitation des rêves exquis que procurent ensemble alcool et médication neurotrope. Répétition des abus qui se traduisent par une fertilisation délirante intense avec de puissance et violence tant verbales que physiques. Dégrisé, ne délire plus qu'à très bas bruit.

Doit prendre conscience des dangers de ses fuites dans l'exaltation pathologique et reconnaître la nécessité d'un régime sec absolu.

Une sortie brusquée donne une chance de tenir ce programme.

A soutenir fortement en cure ambulatoire.

DISCUSSION

Nous voici au terme de l'histoire de Monsieur J.D suivi pendant douze années par une équipe thérapeutique :

- soit à l'Hôpital psychiatrique de Perray-Vaucluse pendant les épisodes féconds ,

- soit en post-cure ambulatoire au Dispensaire de la Rue du Figuier lors des périodes intercritiques.

Deux questions se posent :

1°) Quel aurait été le devenir du Malade au sein d'un système asilaire classique ?

- Qu'est-il devenu grâce à une prise en charge thérapeutique constante ?

Dans le premier cas, deux éventualités auraient pu se présenter :

- soit l'obtention d'une chronicisation qui, à certains points de vue, peut être considérée comme une " compensation stable " nécessitant une hospitalisation à vie, ce qui, humainement, moralement et nosographiquement est impensable.

- soit une sortie sans prise en charge thérapeutique pendant les intervalles libres, laissant le Malade seul face à sa " destinée traumatisante " avec la possibilité de troubles comportementaux réactionnels qu'un tel état de fait aurait forcément engendré.

Troubles qui auraient pu aller jusqu'au meurtre deux fois au moins dans la vie du malade.

- Celui d'abord de l'escroc Monsieur C. qui lui avait vendu 10.000 frs un appartement dans un immeuble frappé d'alignement.

Cette somme représentait, il ne faut pas l'oublier, toutes les économies qu'un homme au salaire modeste avaient pu accumuler pendant sa douloureuse existence.

Le mois d'Avril 1967 aurait pu être fatal à ce " marchand de sommeil " si une prise en charge continue dès la sortie du Malade n'avait été pratiquée.

- Celui ensuite de son frère après l'épisode du " 6 février " interdisant à Monsieur J.D de reprendre un travail à plein temps, " on ne peut pas tenir en même temps une canne et un plateau, " e. contraignant à un statut d'invalidé.

Une prise en charge classique ignorant le devenir du Malade pendant les épisodes intercritiques, considérant la bouffée

délirante comme " motif d'hospitalisation et de traitement " aurait eu grand peine à éviter le pire.

2°) Qu'est devenu notre Malade après une douzaine d'années de prise en charge thérapeutique quasiment constante à l'exception d'une solution de continuité de quelques mois en 1969 avec les conséquences psychopathologiques que nous savons, " cristallisation délirante de potentiels en surfusion, structure paranoïaque franche ".

A l'évolution traditionnelle, Bouffée délirante, sédation, puis rechute, s'est substitué un autre schéma comprenant :

1°) Une période d'invasion caractérisée par une atroce souffrance tant physique que morale " 33 ans de baigne... 16 blessures sans compter celles d'amour propre qui sont pires que des coups de fusil... l'injustice m'a transpercé de part en part... 3 coups dans le coeur par le rayon de la mort...."

Seule la mort en ce moment serait susceptible d'apaiser le Malade, " Fuisillez-moi, je commanderai moi-même le peloton d'exécution, le Médecin donnera le coup de grâce ".

2°) La période d'état est atteinte avec difficulté, " il faut franchir les portes ", une fois franchies, il réussit " à remonter le cours du temps ", " il est le descendant de Dieu fait homme, il est à l'origine du monde ". Elation typiquement nervalienne.

A ce moment, le comportement est tel que le diagnostic d'état maniaque est souvent porté, il suffit de se reporter aux certificats de placement.

- 7/8/1959 - " Etat d'excitation évoquant la manie "
- 4/8/1963 - " Excitation verbale, hypermnésie, aisance, volubilité, tendance aux calembours, fuite des idées ".
- 7/5/1964 - " Bouffée délirante hyperthymique avec aspect maniaque ".
- 8/12/1967- " Aspect de manie très amère ".

La fuite des idées existe, nous ne pouvons le nier, mais pas de façon statique, " il ne s'agit pas uniquement d'un symptôme mais d'une défense lorsque les situations traumatisantes de l'existence se sont accumulées et ont atteint une telle intensité que seule la fuite peut représenter une " compensation possible ".

Il est bon de résumer ici la destinée traumatisante du Malade.

- " Le ferment dans le nid ", du à la disparition du Saint-Suaire de Cadouin, ayant la réputation de rendre les ménages heureux.

- " L'enfance martyre " n'a jamais " trouvé qu'indifférence au berceau de son enfance ". Traumatisé par un Père éthylique et brutal, dont l'image a été effacée lorsque le Malade avait 6 ans, il a atteint alors " l'âge de raison "

- les blessures physiques constamment réitérées, d'abord d'origine paternelle, puis un accident de la route, enfin " l'épisode du 6 février " entraînant une incapacité permanente et rendant sa réinsertion socio-professionnelle des plus aléatoires.

Cette période d'état est aussi caractérisée par l'attitude du Malade vis à vis de l'alcool. Absorbé à jeun et combiné à la prise de neuroleptiques, l'alcool va favoriser l'extériorisation du délire avec une angoisse massive et une agressivité ne demandant que passage à l'acte. De plus, il constituait une " monnaie d'échange ", le Malade n'avait de cesse " d'offrir à boire à l'équipe . "

Très récemment est apparue une propriété nouvelle du breuvage. Non seulement il n'était plus incompatible avec les neuroleptiques mais au contraire permettait, de façon synergique de faire des " rêves exquis ".

3°) Les épisodes intercritiques pendant lesquels le caractère psychopathique de la maladie est extrêmement difficile à mettre en évidence. Les dialogues recueillis au dispensaire, comportent toujours un récit de la vie de tous les jours, l'angoisse de la rechute n'apparaît que d'une façon estompée, souvent parmi un long dialogue, un seul mot permet de la prévoir, ainsi le 5/3/1970. Le dialogue peut paraître " normal " toutefois les coups et blessures infligés le " 6 février " ne doivent pas être considérés tels un délit mais un assassinat, la correctionnelle est remplacée par la Cour d'Assise.

Deux semaines plus tard la rechute prévisible par cette confusion terminologique, survient. Les premiers jours sont marqués par la notion de " complot international d'assassins.

Pendant cette période, l'alcool est la boisson "incompatible " avec le médicament, et pourtant celle qu'il absorbera malgré tout " pour oublier " sa destinée, celle qui, inmanquablement le conduira à la rechute, ainsi le circuit sera bouclé.

CONCLUSIONS

A la suite de ce que nous venons de voir, il apparaît que la Maladie suit son cours de façon incertaine voire même dramatique, mais de toute évidence selon un type nouveau par rapport aux données traditionnelles.

La Maladie continue inexorablement son oeuvre de même que " la thérapeutique active véritable " demeure.

L'étude d'un tel cas ne peut se passer des données de l'enseignement traditionnel. Il n'est pas question de " scotomiser " le registre nosologique classique mais d'y ajouter une dimension nouvelle à savoir le facteur temps en considérant le mouvement évolutif de la Maladie de façon plus globale.

Certaines conditions de prise en charge (recours aux modes d'auto-placement et aux sorties d'essai) n'ont eu pour but que d'aider le Malade à faire face aux situations traumatisantes inhérentes au monde extérieur, et ainsi, de lui permettre de faire un pas " vers la guérison ".

Une "politique de secteur " a rendu cette évolution possible grâce : - aux meilleures conditions de prise en charge hors de l'asile

- au recours ultime à l'aliénation lorsque cela était strictement nécessaire (auto-placement, séjour de courte durée)

- une aide continue évitant au Malade, ce qui, dans " la cité " traumatise et aliène, ne serait-ce en premier lieu, le fait d'être considéré comme "fou."

En fonction de ce nouveau type de prise en charge le signe possède une nouvelle signification : l'euphorie n'est plus " la sensation de bien être et de satisfaction " mais une tentative du malade de recomposer un monde où il serait tout puissant.

C'est dans ce sens que nous pouvons considérer l'euphorie comme un délire à l'état naissant.

Monsieur J.D lors d'un épisode oniroïde récent ne se prend-il pas pour " Napoléon à la tête de la Grande Armée franchissant le pont d'Arcole jusqu'à la gare d'Austerlitz ?"

Cette nouvelle " politique " correspond dans un même mouvement à une meilleure connaissance de la maladie et à une meilleure efficacité dans sa cure.

Le mal poursuit son oeuvre mais la lutte continue en évitant de sombrer dans " l'optimisme naïf " d'une éventuelle " guérison " ni dans le pessimisme tout aussi naïf de l'évolution inéluctable vers " un emprisonnement " du malade par sa maladie.

Si l'acuité, dans une vision plus stricte des choses n'est que la décompensation d'un état d'équilibre plus ou moins précaire la chronicité, en aucun cas, et toujours dans cette même vision ; ne doit être considérée comme sédimentation hospitalière.

" L'imagination m'apportait des délices infinies.
En recouvrant ce que les hommes appellent la raison, faudra-t-il
regretter de les avoir perdues ? "

Toutefois, je me sens heureux des convictions que j'ai
acquises et je compare cette série d'épreuves que j'ai traversées
à ce qui, pour les Anciens, représentait l'idée d'une descente
aux enfers ".

GERARD DE NERVAL. (AURELIA)

B I B L I O G R A P H I E

- BALLET G. - Psychose hallucinatoire chronique. Encéphale 1932
2, 401-411
- BERNBAUM. - Psychosen mit Wahnbildung und wahnhaft e Einbildung
bei degenerierten (Halle 1908)
- BLEULER. - Naturgeschichte der Seele (11° Auf.1932)
Ueber periodischen Wahnsinn (Psych.Neur.Wochen-
schrift. Bd IV - 1902-1903
Affectivität, Suggestibilität ; Paranoia (II te
Angl. Halle, 1926)
- BONHOFFER. - Klin. Beiträge zur Lehre der Degenerationspsycho-
sen (Halle 1927)
- BONNAFE L. - L'Hopital Psychiatrique, ce qu'il est, ce qu'il
doit devenir. Pages soc. 1947, 2.
- BONNAFE. EY. FOLLIN. LACAN. ROUART. Le problème de la psychogénèse
des névroses et des psychoses. Desclée de Brouwer,
édit. Paris 1950.
- BONNAFE L. - Définition de la chronicité. Extrait des comptes
rendus des congrès de Psychiatrie et de Neurologie
Tours du 8 au 13 Juin 1959
- BONNAFE L. LEGUILLANT. MIGNOT. Problèmes posés par la chronicité
sur le plan des institutions psychiatriques.
(Rapport d'assistance présenté au congrès de
psychiatrie et de neurologie de langue française
LXII. Session Marseille du 7 au 12.9.1964)
- CAPGRAS. - Délire polymorphe et folie intermittente (Bulletin
de la Société Clinique de Médecine Mentale, 1913
Pages 224.
Folie intermittente et délire systématisé chroni-
que (B.S.C.M.M 1921. Pages 25.)
- CERLETTI U. - Anciennes et nouvelles données sur l'électro-choc
Am.J.Psch.1950.
- CHASLIN.PH. - Du rôle du rêve dans l'évolution du délire 1887.
- CLAUDE H. - Les Psychoses Paranoïdes. (L'encéphale, Mars 1925
P.137)
- CLERAMBAULT G. DE . Oeuvres Psychiatriques. P.U.F Paris 1942.

- DIDE.M. - Les Idéalistes passionnés (Paris Alcan 1913)
- DIDE M. et GUIRAUD.P. Psychiatrie du Médecin praticien (2° éd. Masson 1929)
- ESQUIROL E. - Des maladies mentales considérées sous les rapports Médical, Hygiénique, et médico légal. Tome Second 1838
- EY H. - La notion de constitution (Essai Critique) - L'évolution Psychiatrique.Oct.1932)
- EY H. et BURGUET J. Action des électro-chocs dans la psychose - maniaco-dépressive (A.M.P 1952) Pages
- FOLLIN S. - Rapport au Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française (LXI Session Nancy du 9 au 14 Sept. 1963 - Pages 89.)
- FREY B. - Conception de Kraepelin et conceptions françaises concernant les délires systématisés chroniques (Thèse Strasbourg)
- GUIRAUD P. - Les délires chroniques. (Hypothèses pathogéniques contemporaines. L'encéphale 1925 p. 672.)
- HALBERSTADT. - L'opinion actuelle de Kraepelin (la classification des états délirants. Le groupe des paraphrénies (Revue de psychiatrie. Oct. 1912).
- KLEIST. - Die Streitfrage der akuten Paranoia Z.F.D.G. Neur... 1911.) P. 386
- KRAEPELIN. - Lehrbuch der Psychiatrie (Tr. Devaux et Logre, 1925). Psychiatrische Klinik (2 vol. 1921 Leipsig).
- KRAFT - EBING. - Lehrbuch der Psychiatrie (Stuttgart 1888).
- KRETSCHMER. - Der Sensitive Beziehungswahn (2° éd. 1927 -Berlin)

- LACAN J. - De la Psychose Paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité (Thèse Paris 1932).
- MAGNAN. - Délire chronique et Dégénérescence (Semaine des Hôpitaux 1894.)
Leçons Cliniques (1893-1897)
- MAYER GROSS. - Selbstschilderungen der Verwirrtheit. Die onerioiden Erlebnisform (Berlin 1924).
- MEZEY A.C. et EVANS E. Vers la maladie mentale chronique. Brit. J. Psychiat. n° 516, 1399 - 1405 ; 7 tabl.
- MENDEL. WM. - Action de la longueur de l'hospitalisation sur le taux et la quantité de la rémission des épisodes psychotiques aigus. (J. NERV. Ment. Dis. Sept. 1970 . n° 3 p. 226,233.)
- MEYER H.H. - Choc insulinaire et traitement convulsivant, leur place dans la pharmacothérapie des psychoses. (Arch. F. Psychiat. 1967). n°2 P. 126 - 139
- PETIT P. - Les délires de persécution curables (Thèse Paris 1937.)
- PINEL PH. - Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale, ou La Manie. (Paris. An IX.)
- SEGLAS. - Délire systématisé dans les psychoses (Ann.Neurol. 1894.)
- SEEMAN M. TURNS. DEMBER H.C.B. Approches thérapeutiques multiples et leur effet sur la chronicité ; Rapport d'un cas (Ann. Méd. Psychol. - Mai 1969).
- SERIEUX P. - Des délires chroniques à évolution systématique et des psychoses des dégénérés. (B.S.C.M.M de Belgique- Déc. 90, Mars 91.)
- SERIEUX P. et CAPGRAS. Les folies raisonnantes (Alcan 1909).
Délires systématisés chroniques (Traité de pathologie Sergent Ribadeau -Dumas Maloine 1926.)

SOULAIRAC A. et SHENTOUB S. Avord psychosomatique de la chronicité.

Organisation de la relation dans la maladie mentale. (Ann. Méd. Psychol. Mars 1964).

Chronicité et organisation de la relation dans la maladie mentale (Rev. Méd. Psychosomat. Av. Mai-Juin. 1963, n° 2).

SOULAIRAC a. SHENTOURS. MIJOLLA A. (de) et GEIER S. Chronicité du trouble mental (Essai d'étude dynamique).
Ev. Psychiat. Oct. Déc. 1966 n° 4)

SPECHT. - Manie chronique et Paranoïa (Zentral blatt f. u. Psych. YY, VIII, t. XLI, 1908, p.591).

WESTPHALL - Ueber die Verrücktheit (Allg. Zeit. f. Psych. XXXIV, 1878.)
